Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Deutsch-Französischen Freundeskreis Stein.

Name: Vorname:

Straße: PLZ/Wohnort:

Telefon: Geburtsdatum:

Beitrittsdatum: **Jahresbeitrag** ◯**Familie 20,00 Euro**
◯**Einzelperson 14,00 Euro**

Datum: Unterschrift:

Name: Vorname:

Straße: PLZ/Wohnort:

Telefon: Geburtsdatum:

Beitrittsdatum: **Jahresbeitrag** ◯**Familie 20,00 Euro**
◯**Einzelperson 14,00 Euro**

Datum: Unterschrift:

Name: Vorname:

Straße: PLZ/Wohnort:

Telefon: Geburtsdatum:

Beitrittsdatum: **Jahresbeitrag** ◯**Familie 20,00 Euro**
◯**Einzelperson 14,00 Euro**

Datum: Unterschrift:

Bankeinzugsermächtigung der Beiträge für die oben Beitretenden

Bank: BLZ:

Konto-Nummer:

Datum: Unterschrift: